

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

Silvia Pedroza de Faria\*  
Helene Shinohara\*\*

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo contribuir para uma maior compreensão dos transtornos alimentares, especialmente anorexia e bulimia. Pretende também esclarecer uma série de fatores, inclusive socioculturais que, em conjunto, podem levar ao desenvolvimento desses transtornos. Por fim, enfatiza a importância crescente da terapia cognitivo-comportamental como forma de tratamento.

**Palavras-chave:** transtornos alimentares, bulimia, anorexia, terapia cognitivo-comportamental.

## ABSTRACT

This article intends to contribute for a greater comprehension of eating disorders, specially anorexia and bulimia. It also

---

\* Psicóloga.

\*\* Mestre em Psicologia Clínica – professora adjunta do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

discusses all major variables involved in their development, including socio-cultural aspects. An emphasis is given to the great contribution of cognitive-behavioral therapy as an option for treatment.

**Key words:** eating disorders, bulimia, anorexia, cognitive-behavioral therapy.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (SBPC), a cada ano milhões de pessoas desenvolvem graves transtornos do comportamento alimentar. Muitas acabam colocando sua vida em risco. A maior parte – mais de 90% – daqueles que sofrem desses transtornos são adolescentes e mulheres jovens. Uma das razões que levam essas pessoas a tornarem-se mais vulneráveis a transtornos alimentares é a tendência de fazerem rigorosos regimes para obterem uma “silhueta ideal”. Nos últimos anos, as mulheres têm sido vítimas de diversos padrões de aparência física, que as têm submetido a fortes pressões e a dietas com o objetivo de corresponder às expectativas sociais de magreza. A sociedade exige e reforça um padrão físico absolutamente irreal e muito distante do que realmente é considerado saudável.

Nas últimas décadas, a preocupação das mulheres com a forma tornou-se tão radical que o ideal de magreza acabou transformando-se, cada vez mais, num padrão irrealista e destrutivo.

As indústrias de moda, cinema, alimentos dietéticos, bem como as academias e spas reforçam, a todo momento, que beleza, sucesso, auto-estima e felicidade estão baseados num contorno magro. Todos esses veículos são responsáveis por promover a visão de que “a pessoa só será amada e respeitada se for esbelta”. Desta forma, muitas vezes, a insatisfação com o corpo e a decisão de fazer

dieta, especialmente na população feminina, podem ser atribuídas, em grande parte, à nossa cultura.

Como foi dito anteriormente, os aspectos socioculturais fazem parte de um conjunto de fatores que, interligados, podem levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Na tentativa de compreender as causas desses transtornos, especialistas e pesquisadores têm estudado a personalidade, a genética, o ambiente e o metabolismo de pessoas com esse problema. No entanto, como geralmente acontece, quanto mais se estuda mais se descobre o quanto são complexas as origens dos transtornos alimentares.

De acordo com a classificação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV (1994), os transtornos alimentares dividem-se em dois tipos principais: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

A obesidade, em termos gerais, está incluída no International Classification of Diseases (ICD) como uma condição médica (doença), mas não aparece no DSM IV como um transtorno alimentar por não ter sido estabelecida consistentemente a sua associação com uma síndrome do comportamento psíquico. Contudo, quando há evidências a respeito de fatores psicológicos importantes presentes na etiologia de um caso particular de obesidade, isso pode indicar que as condições médicas afetadas mostram a presença de fatores psicológicos atuantes.

Embora não seja uma classificação específica para casos particulares de obesidade, é importante, neste trabalho, falar de uma terceira perturbação do comportamento alimentar – transtorno do “comer compulsivo” – uma vez que apresenta características muito semelhantes à bulimia nervosa e também exige uma atenção especial por parte dos especialistas.

Segundo o DSM IV, a característica essencial tanto da anorexia como da bulimia nervosa é um distúrbio na percepção da imagem corporal.

Os critérios para o diagnóstico da anorexia nervosa (307.1) no DSM IV são:

A – Recusar-se a manter o peso corporal num nível mínimo considerado normal em relação à idade e altura (ex: perda de peso indicando 15% abaixo do normal, perda na expectativa de peso da ordem de 15% durante o período de crescimento);

B – Intenso medo de ganhar peso ou de ficar gordo ainda que a pessoa esteja abaixo do peso;

C – Distúrbios da maneira pela qual o paciente percebe seu peso e as suas formas corporais independente da realidade corporal do mesmo;

D – Nas mulheres depois da menarca, amenorréia – ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (É considerado que uma mulher apresenta amenorréia se o seu período menstrual acontecer somente com a administração de hormônios – estrogênio).

## **Tipos Específicos**

Tipos restritivos: durante o episódio de anorexia nervosa, a pessoa não está regularmente engajada em ataques de bulimia ou em comportamentos purgativos (vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos ou clister);

Ataques de bulimia (binge-eating)/tipo purgativo: durante o episódio de anorexia nervosa, a pessoa tem um comportamento regular de ataques de bulimia e de excreção (vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos ou de enemas/clisters);

Os critérios para o diagnóstico da bulimia nervosa (307.51) no DSM IV são:

A – Episódios recorrentes de ataques de comer compulsivamente. Um episódio de comer compulsivo é caracterizado pelos dois itens abaixo.

1) Comer freqüentemente (período de duas em duas horas) uma grande quantidade de comida maior do que a maioria das pessoas comeria durante episódios semelhantes e sob circunstâncias semelhantes.

2) Sensação de perde de controle durante o episódio, com a sensação de que a pessoa não consegue parar de comer ou controlar o quanto está comendo.

B – Comportamentos inapropriados freqüentes, no sentido de evitar ganhar peso, tais como o vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos, clisters ou outras medicações, jejuns, ou exercícios em excesso.

C – Tanto comer compulsivamente como os comportamentos inadequados ocorrem em uma média de, pelo menos, duas vezes por semana durante três meses.

D – A avaliação pessoal é raramente influenciada pela forma e peso corporal.

E – Esta distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

## **Tipos específicos:**

Tipo purgativo: durante o episódio bulímico, a pessoa faz uso regular do vômito auto-induzido ou de laxantes, diuréticos ou clisters.

Tipo restritivo: durante o episódio bulímico a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas esse tipo não está regularmente engajado em vômitos auto-induzidos ou uso de laxantes, diuréticos ou clisters.

Além dos dois transtornos definidos até agora, segundo a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (SBPC), a terceira e mais recente desordem alimentar é o transtorno do “comer compulsivo”. Caracteriza-se, como a bulimia, por episódios de ingestão exagerada

e compulsiva de alimentos (episódios bulímicos). No entanto, difere da bulimia, pois as pessoas afetadas não produzem a eliminação forçada dos alimentos ingeridos.

A seguir, procuraremos explicar, com mais detalhes, cada um dos transtornos alimentares e os possíveis fatores que podem levar ao seu desenvolvimento. Como a bibliografia do último e mais recente tipo de transtorno ainda é escassa, e devido à sua grande semelhança com a bulimia nervosa, a definição do transtorno do “comer compulsivo” estará incluída na definição de bulimia nervosa. Também falaremos de algumas formas de tratamento, assim como da importância da terapia cognitivo-comportamental e suas contribuições.

## **ANOREXIA NERVOSA**

Um dos principais sintomas da anorexia nervosa é uma acentuada perda de peso. Esta doença geralmente se inicia durante a puberdade e, como na bulimia e no transtorno do comer compulsivo, tem maior incidência nas mulheres. Pessoas que sofrem desse tipo de transtorno passam fome intencionalmente e, embora apresentem-se extremamente emagrecidas, têm plena convicção de que estão com excesso de peso. Às vezes é necessário que haja internação para evitar a inanição. Não é raro pessoas com anorexia se submeterem a longos períodos de jejum, apesar de sentirem muita fome. Um dos aspectos que mais preocupa médicos e terapeutas é o fato dessas pessoas continuarem a se achar gordas, mesmo estando extremamente magras; muitas vezes preocupam-se com determinadas partes do corpo. A anorexia nervosa, assim como a bulimia nervosa, caracteriza-se por um medo intenso de ganhar peso. Há uma recusa na manutenção do peso ideal e a grande maioria faz dieta para emagrecer, provocando muitas vezes o vômito (ataques de bulimia). A magreza é tida como um referencial muito importante para a auto-estima. Esse tipo de transtorno pode estar associado a comportamentos obsessivos e, geralmente, essas

peessoas comem de uma maneira ritualizada. Apesar de ingerirem quantidades mínimas de alimento, estas pacientes se interessam pela comida, gostam de cozinhar e de observar os outros comendo, colecionam receitas e preparam verdadeiros banquetes para a família e amigos, mas não participam das refeições. Muitas vezes, aderem a rigorosas rotinas de exercícios físicos para perder peso. Mulheres com este distúrbio caracterizam-se pela ausência de pelo menos três ciclos menstruais e os homens freqüentemente tornam-se impotentes.

## **BULIMIA NERVOSA**

A bulimia nervosa caracteriza-se por episódios de grande ingestão de alimentos (episódios bulímicos) e depois pela eliminação do excesso de calorias através de prolongados jejuns, vômitos auto-induzidos, uso de laxantes e diuréticos ou a prática obsessiva de exercícios físicos. Em alguns casos, o indivíduo recorre a uma combinação de todas essas formas de “desintoxicação”. Muitas vezes, pessoas que sofrem esse transtorno conseguem esconder seu problema, uma vez que realizam seus rituais do “comer compulsivo” seguido de “eliminação” em segredo, e também pelo fato de manterem seu peso normal ou um pouco acima do normal.

Da mesma forma que a bulimia nervosa, as pessoas com transtorno de “comer compulsivo” também sentem que perdem o controle quando comem. Elas ingerem grandes quantidades de alimentos e só param quando sentem desconfortavelmente “empanturradas”. A diferença da bulimia é que nesta as pessoas geralmente têm maior dificuldade em perder ou manter o peso. Além de serem obesas, na sua maioria, apresentam uma história de variação de peso. Essas pessoas apresentam ataques de bulimia, mas sem os mecanismos compensatórios (vômito, uso de laxantes ou diuréticos, excesso de exercícios, jejum prolongado). Fazem apenas um pouco de dieta ou exercício e não tem uma preocupação excessiva com o corpo. Ao

contrário do que ocorre com os dois outros tipos de transtornos, essas pessoas têm noção do seu peso corporal. De acordo com a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, o transtorno do “comer compulsivo” é encontrado em cerca de 2% da população em geral e é mais freqüente em mulheres. Pesquisas demonstram que ocorre em cerca de 30% das pessoas que fazem regimes alimentares com supervisão médica.

É comum, na bulimia nervosa, sentimentos como depressão e pensamentos de autocritica relacionados à perda de controle sobre o ato de comer. Trata-se de uma desordem complexa, a qual, em muitos casos, psicológicos e biológicos (Garner et al. 1983). É importante ressaltar o grande número de pacientes que iniciam o tratamento com uma série de conceitos errôneos relacionados a dietas, regulação de peso, nutrição e o contexto social de sua desordem. Por causa desses fatores, é fundamental a orientação e a informação, durante o tratamento, acerca desses transtornos. É importante esclarecer, por exemplo, que nas últimas décadas, as mulheres têm sido vítimas de padrões corporais absolutamente irreais; ou que o “peso natural” da maioria das mulheres está bem acima do ideal atual de beleza feminina e que algumas pessoas são naturalmente mais gordas e outras mais magras; ou ainda que a bulimia e o vômito tornam-se um ciclo vicioso, uma vez que o vômito leva o indivíduo a comer sem o medo de conseqüências calóricas (Garner et al., 1983). Através desses esclarecimentos, o paciente tem a oportunidade de compreender melhor o transtorno alimentar, bem como os efeitos perigosos de se fazer dietas indiscriminadamente. Com essas informações, poderemos capacitar essas pessoas a começar a questionar e a resistir aos valores opressivos que podem ter contribuído para o seu sofrimento pessoal.



## FATORES DE DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento dos transtornos alimentares acontece em função da combinação de diversos fatores – biológicos, psicológicos, culturais e familiares.

A maioria das pessoas com transtornos alimentares apresentam determinados traços de personalidade em comum: baixa auto-estima, sentimentos de desesperança e medo de se tornarem gordas. Na anorexia, na bulimia e no transtorno do “comer compulsivo”, o comportamento alimentar parece desenvolver-se como uma forma de lidar com o stress e a ansiedade (SBPC).

Biologicamente, essas pessoas podem apresentar uma lentidão do esvaziamento do estômago, ou uma alteração nos neurotransmissores. Na tentativa de entender os transtornos alimentares, pesquisadores têm estudado as funções bioquímicas de pessoas com tais doenças. Uma especial atenção tem sido dada ao sistema neuroendócrino. Este sistema é responsável pela regulação da função sexual, pelo crescimento e desenvolvimento físico, pelo apetite e digestão, o sono, as funções renais e cardíacas, as emoções, o pensamento e a memória, etc.; em resumo, o sistema neuroendócrino é responsável por múltiplas funções físicas e mentais. Em pessoas que apresentam transtornos alimentares, muitos desses mecanismos reguladores estão gravemente comprometidos.

Pressões socioculturais também têm contribuído de uma forma bastante expressiva, especialmente depois da 2ª Guerra Mundial, para o desenvolvimento desses transtornos. Com a 2ª Guerra Mundial criou-se uma verdadeira confusão com a auto-imagem. Os modelos ideais começaram a ficar discrepantes do possível para a maioria das mulheres.

Geralmente, pessoas com anorexia tendem a ser obedientes, introvertidas, perfeccionistas, boas alunas e excelentes atletas. Especialistas acreditam que essas pessoas restringem sua alimentação

para adquirirem uma sensação de controle em determinadas áreas de suas vidas. Controlar o peso para estas pessoas pode ter, aparentemente, pelo menos duas vantagens, ter controle sobre o seu corpo e obter a aprovação das outras pessoas.

Pessoas com bulimia e transtorno do “comer compulsivo” ingerem grandes quantidades de alimentos para diminuir o stress e aliviar a ansiedade. No entanto, esse comportamento descontrolado acaba gerando a culpa e a depressão. Essas pessoas podem ser impulsivas e têm maior probabilidade de apresentar comportamentos arriscados, como o abuso de álcool e drogas.

Normalmente a família desses pacientes é muito preocupada com a imagem, comparam os filhos e são superprotetores. Os pais se intrometem de forma exagerada na vida dos filhos.

Um estudo recente demonstrou que as mães muito preocupadas com o excesso de peso e a aparência física das filhas podem aumentar o risco de transtornos alimentares. Além disso, meninas com transtornos alimentares freqüentemente têm pais e irmãos extremamente críticos (SBPC). Comparação de “famílias de anorexia” com “famílias psicossomáticas” indicam dinâmicas básicas semelhantes. A interação familiar seria caracterizada pela educação superprotetora dos filhos e pela ligação muito íntima entre as gerações. O estilo de comunicação e interação, nas famílias deste tipo, seria provocado pelas alterações das condições sociais e da hierarquia de valores, entre outros fatores mais, resultando em modificações das estruturas e do papel desempenhado pelo indivíduo, dentro da família. Segundo Reinecker (1988), essas alterações podem se tornar mais perigosas quando um valor exagerado é atribuído à realização, à rejeição da sexualidade, à rigidez dos papéis sociais, ao aumento da disposição para o sacrifício, à economia e ao acaso.

## **FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS**

Uma importante observação a respeito dos transtornos do comportamento alimentar é a frequência com que ocorrem em algumas famílias e também o fato de, geralmente, as mulheres serem as mais atingidas. Essa observação sugere que fatores genéticos podem predispor algumas pessoas a transtornos alimentares. Da mesma maneira, outros fatores – tanto comportamentais quanto ambientais – também podem exercer influência.

Os transtornos alimentares têm maior incidência nos países industrializados, especialmente nas classes média e alta. Pessoas com profissões ou atividades que valorizam a magreza – como modelos, bailarinos e atletas – são mais suscetíveis ao problema. Embora a maior parte das vítimas desses transtornos sejam mulheres jovens e adolescentes, homens e mulheres mais velhos também podem ser acometidos por essas doenças. Anorexia e bulimia são mais frequentes entre brancos, mas também afetam negros e outros grupos étnicos. Ao contrário do que ocorre com outros transtornos alimentares, um terço a um quarto dos pacientes com transtorno do “comer compulsivo” são homens. Estudos preliminares demonstram também que a doença ocorre igualmente em negros e brancos.

## **BIOQUÍMICA**

Pesquisadores, através de estudos feitos no sistema nervoso central – especialmente no cérebro –, desconfiam que os neurotransmissores serotonina e noradrenalina que controlam a produção hormonal funcionam de forma anormal em pessoas com depressão. Observou-se, recentemente, através de estudos financiados pelo National Institute of Mental Health (NIMH), que esses neurotransmissores encontram-se diminuídos em pacientes

com anorexia e bulimia aguda e em pacientes que se recuperaram de anorexia há muito tempo. Pesquisadores acreditam que possa haver uma relação entre a depressão e os transtornos alimentares, uma vez que pessoas com esses transtornos também sofrem de depressão. Essa relação pode ser reforçada por estudos que demonstram que os antidepressivos podem ser usados com bons resultados no tratamento de alguns pacientes com transtornos alimentares (SBPC).

O cortisol – hormônio cerebral liberado em resposta ao stress – encontra-se em níveis mais altos do que o normal em pessoas com anorexia ou certas formas de depressão. Comprovou-se que esses níveis excessivos de cortisol, tanto na anorexia como na depressão, são causados por uma alteração que ocorre em uma região do cérebro chamada hipotálamo, ou em áreas próximas.

Pesquisadores também descobriram semelhanças bioquímicas entre pessoas com transtornos alimentares e com o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Recentemente, pesquisadores do NIHM descobriram que vários pacientes com bulimia apresentam um quadro obsessivo compulsivo tão grave como aquele verificado em pacientes realmente diagnosticados com TOC. Da mesma forma, também foi constatado que pacientes com TOC freqüentemente apresentam comportamento alimentar anormal.

## **COMPLICAÇÕES MÉDICAS**

De acordo com a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, os transtornos alimentares são responsáveis pelos maiores índices de mortalidade entre todos os tipos de transtornos mentais. Mais de 10% dos pacientes acabam morrendo. Os mais vulneráveis são aqueles que usam determinadas drogas para induzir o vômito, ou utilizam diuréticos e laxantes como mecanismos compensatórios, pois esses hábitos aumentam o risco de problemas cardíacos.

Na anorexia, a desnutrição pode comprometer órgãos vitais como o coração e o cérebro. O organismo então se defende, reduzindo sua atividade, a menstruação é interrompida, assim como diminui a frequência respiratória, o pulso e a pressão arterial. A tireóide – glândula que controla o metabolismo – também fica menos ativa. Percebe-se que as unhas e cabelos tornam-se quebradiços, além da pele ficar ressecada e amarelada, recoberta por uma pelugem chamada *lanugo*. Pessoas com anorexia possuem uma anemia moderada, inflamação das articulações, redução da massa muscular e tontura.

Não é raro também encontrar outras doenças psíquicas. Na maioria das vezes, a depressão clínica pode ser diagnosticada em pacientes com anorexia. Entretanto, distúrbios de personalidade ou abuso de drogas; em muitos casos há um grande risco de suicídio. O transtorno obsessivo-compulsivo também pode coexistir com a anorexia.

O hábito frequente de comer compulsivamente e depois se “desintoxicar”, característica da bulimia nervosa, pode prejudicar seriamente o organismo. O vômito faz com que o ácido clorídrico (presente no vômito) desgaste o esmalte dos dentes, podendo produzir abrasões nas mãos, quando os dedos são introduzidos na garganta para provocar o vômito. Pode ocorrer também inflamação do esôfago e intumescimento das glândulas salivares. Em casos mais raros, a excessiva e descontrolada ingestão de alimentos pode causar ruptura do estômago e a “desintoxicação” pode resultar em insuficiência cardíaca por perda de minerais essenciais, como o potássio. Assim como a anorexia, a bulimia pode produzir irregularidades menstruais. O interesse sexual pode diminuir. Também pode-se constatar que pessoas com bulimia sofrem de depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e outras doenças psiquiátricas (SBPC).

Geralmente as pessoas que apresentam o transtorno do “comer compulsivo” têm excesso de peso, podendo ter graves problemas médicos, associados à obesidade, aumento de colesterol, hipertensão

arterial e diabetes. Estudos do National Institute of Mental Health indicam que pessoas com esse tipo de transtorno também apresentam outras doenças psiquiátricas concomitantes – especialmente depressão.

## **AVALIAÇÃO MÉDICA**

Em primeiro lugar é necessário fazer uma boa análise do sistema de funcionamento do paciente. Deve-se dar atenção especial aos diagnósticos diferenciais e investigar se há alguma complicação física. Por causa disso, o tratamento dos transtornos alimentares deve ser sempre feito em conjunto com médicos – especialmente endocrinologista – e psicoterapeutas. A primeira providência, depois do diagnóstico, é decidir qual será o regime de tratamento – hospitalar ou ambulatorial – e conversar com o paciente sobre a decisão tomada.

A questão do envolvimento do médico deve ser sempre levada em consideração, em qualquer tratamento ambulatorial para transtornos da alimentação. Esse envolvimento é importante por causa da existência de vários correlatos fisiológicos, da severa perda de peso, obesidade ou orgias alimentares, e vômitos ou purgação que podem precisar ser atentamente monitorados. O médico deverá estar preparado para, eventualmente, avaliar o bem-estar físico do paciente em intervalos regulares; isso dependerá muito dos aspectos particulares de cada paciente.

## **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

Como já foi dito anteriormente, é fundamental que se estabeleça uma boa relação terapêutica, baseada principalmente na confiança. É importante que o psicoterapeuta avalie a motivação do paciente para o tratamento e explique, didaticamente, o que são os transtornos alimentares e quais as suas consequências físicas.

A avaliação da perturbação alimentar e preocupações com a forma corporal deve abordar várias áreas diferentes (Channon e Wardie, 1994). Uma história clínica possibilita algumas indicações ligadas a amplas áreas de problemas e possíveis fatores causais ou mantenedores. As entrevistas clínicas podem ser complementadas com questionários padronizados, métodos de automonitoramento e técnicas experimentais. A avaliação deverá ser formada por um conhecimento detalhado dos hábitos alimentares, da flutuação do peso e dos pensamentos e atitudes disfuncionais relacionados à alimentação e ao peso corporal. A seleção entre as diferentes áreas de problemas e tipos de avaliação variará de acordo com as dificuldades de cada paciente.

## TRATAMENTO

O tratamento dos transtornos alimentares envolve tanto a parte física como a psicológica. A complexa interação de problemas emocionais e fisiológicos torna, muitas vezes, necessário um plano de tratamento que envolva uma variedade de abordagens e de especialistas. O ideal é que haja uma equipe multidisciplinar, que inclua um clínico, um nutricionista, um psicoterapeuta individual e, se possível, um psicoterapeuta de grupo ou familiar e um psicofarmacologista, que tenha conhecimento dos medicamentos psicoativos usados no tratamento desses transtornos. Entretanto, na prática, este tratamento – envolvendo uma equipe multidisciplinar – nem sempre é viável.

Atualmente, a associação de terapias individuais com um assessoramento médico vem apresentando bons resultados. Estudos financiados pelo National Institute of Mental Health (NIMH) têm avaliado a eficácia de se associar psicoterapia e medicamentos. Em um recente estudo sobre bulimia, observou-se que o uso combinado de terapia cognitivo-comportamental e medicamentos antidepressivos foi muito

benéfico. Principalmente em relação à recaída, o tratamento mostrou ser bastante eficaz quando o medicamento era interrompido.

Cada vez mais psicoterapia mostra ótimos resultados e vem sendo reconhecida como parte fundamental no tratamento dos transtornos alimentares. Um dos seus principais objetivos é ajudar as pessoas a lidar com a sua doença e com as questões emocionais subjacentes. O psicoterapeuta deve estabelecer uma boa relação com o paciente, proporcionando-lhe apoio emocional constante para que ele possa entender a enfrentar sua doença.

A terapia cognitivo-comportamental para os transtornos alimentares desenvolveu-se a partir de uma análise sistemática das perturbações emocionais, cognitivas e comportamentais características. Os programas de tratamento baseiam-se, amplamente, nas técnicas básicas para a redução da ansiedade, automanejo do comportamento e modificações de crenças mal-adaptativas (Channon e Wardle, 1994).

## **Tratamento de anorexia nervosa**

Historicamente, o tratamento de anorexia nervosa baseava-se quase que inteiramente na hospitalização e tinha como objetivo básico o rápido ganho de peso através de vários métodos operantes e drogas. Como resultado, comprovou-se que a restauração do peso ocorrida no hospital não era necessariamente mantida após a alta. Por causa disso, o tratamento da anorexia passou a se concentrar em tratamentos ambulatoriais mais efetivos. Baseado em uma perspectiva de longo prazo, o tratamento ambulatorial supera a hospitalização em vários aspectos. Em primeiro lugar, no tratamento ambulatorial o paciente tem a oportunidade de aprender a lidar com fatores ambientais que podem manter as dificuldades apresentadas. Por mais que o hospital proporcione um alívio, isto é algo temporário e, quando o paciente voltar à comunidade, as dificuldades tenderão a ressurgir. Por fim, no tratamento ambulatorial, a responsabilidade do paciente está em suas



mãos, enquanto na hospitalização esta responsabilidade é transferida para uma equipe de atendimento.

No entanto, há situações em que a hospitalização torna-se necessária, podendo evitar até mesmo riscos para o paciente. Existem seis indicações principais para uma internação. Primeiro, paciente que apresentem uma grave perda de peso – peso corporal abaixo de 60% da média para idade, sexo e altura – é indicativo para admissão. Segundo, se o peso está sendo perdido em ritmo rápido; terceiro, pacientes com complicações físicas que ameaçam a vida; quarto, risco de suicídio; quinto, alguns pacientes podem necessitar de admissão porque, por uma série de razões, suas circunstâncias sociais não são condutivas de manejo ambulatorial; por último, pacientes que não responderam ao tratamento ambulatorial, podem beneficiar-se de um período no hospital. No entanto, por mais que a hospitalização seja necessária, a internação é uma medida preliminar para os cuidados ambulatoriais, que são sempre o alicerce principal do tratamento (Fairburn e Cooper, 1989).

A terapia cognitivo-comportamental tem como principal meta alterar o pensamento do paciente sobre o aspecto e peso, partindo da suposição de que esta mudança é um pré-requisito para uma recuperação completa e duradoura. O psicoterapeuta deve explicar que as crenças do paciente podem estar baseadas em vários aspectos culturais, familiares e genéticos. Deve ensinar também questões sobre nutrição e fornecer, didaticamente, informações que julgar necessárias.

Na prática, a terapia cognitivo-comportamental deve ajudar o paciente a articular e examinar os pensamentos e atitudes que motivam o seu comportamento perturbado e tornam a mudança difícil. Garner et al. (1983) fazem uma análise das distorções cognitivas de pacientes com anorexia nervosa baseados nos erros de raciocínio delineados por Beck et al. (1979). Estes erros estão relacionados principalmente a idéias sobre a significância de aspecto e peso e a

importância de aderir a determinadas regras de dieta. Esses pensamentos e atitudes e os erros de raciocínio associados podem ser identificados e questionados através dos procedimentos de reestruturação cognitiva.

Na maioria das vezes, as crenças e valores de pacientes com transtornos alimentares são formas extremas de visões amplamente defendidas. A sociedade estipula um padrão de beleza ideal e, especialmente as mulheres, em função desse padrão, acreditam que só terão sua satisfação pessoal realizada se seguirem esses valores. É importante ressaltar que o que torna tais crenças problemáticas é a sua força, significado pessoal e inflexibilidade.

Pacientes com anorexia revelam a crença em sua “fraqueza” fundamental pela comida: “Eu não tenho coragem de comer. Se eu comer um pouco mais que o normal, especialmente coisas proibidas, temo não conseguir parar.” Às vezes, esses pacientes se engajam em compulsões alimentares que ajudam a alimentar sua crença de que são incapazes de controlar sua tentação pela comida. Por exemplo, “sentir-se fraco e sem autocontrole no confronto com a tentação de comer” pode estar relacionado à crença de ineficácia pessoal geral (Guidano e Liotti, 1983).

Seguem-se, abaixo, algumas distorções cognitivas típicas de pacientes com transtornos alimentares.

Abstração seletiva: a pessoa baseia uma conclusão em detalhes isolados, enquanto ignora evidências mais contraditórias e salientes. Por exemplo: “Sou especial se sou magra”.

Supergeneralização: extrair uma regra com base num evento e aplicá-la a outras situações diferentes. Por exemplo: “Quando eu costumava comer carboidratos era gorda, assim, devo evitá-los ao máximo para não ficar obesa”.

Magnificação: super-estimativa do significado de eventos conseqüentes indesejáveis; estímulos são ornamentos com significados excessivos, não apoiados por uma análise objetiva. Por exemplo: “Se os

outros comentarem sobre meu ganho de peso, não serei capaz de suportar.”; “Ganhei dois quilos, por isso não posso mais usar bermudas.”

Raciocínio dicotômico/tudo ou nada: pensar em termos extremos e absolutos, as coisas só podem ser certas ou erradas, boas ou más. Por exemplo: “Se não posso administrar essa área da minha vida, perderei todo o controle.”

Personalização e auto-referência: interpretações egocêntricas de eventos impessoais ou super-interpretação de eventos relacionados a si próprio. Por exemplo: “Duas pessoas cochicharem algo quando passei. Provavelmente estavam dizendo que eu estava super gorda, pois ganhei dois quilos.”

Pensamento supersticioso: crença na relação de causa-efeito de eventos não contingentes. Por exemplo: “Se eu comer um doce, na mesma hora se transformará em gordura estomacal.” (Hawton et al., 1989).

Em algumas situações, o treino em solução de problemas também pode mostrar bons resultados, pois além de prover os pacientes com formas de lidar com uma grande variedade de escolhas e decisões que encaram na sua vida diária, também aprimora seu senso geral de autocontrole.

É muito importante o envolvimento da família no tratamento, especialmente se as relações do paciente com seus pais tornaram-se conflito constante em torno do alimento e da alimentação. O progresso do tratamento é bastante relativo. A frequência dos encontros e a sua duração varia enormemente. Alguns pacientes podem ser tratados por um sistema ambulatorial em que são vistos semanalmente, de início, e depois quinzenalmente, até receberem alta (dentro de alguns meses). No entanto, a maioria dos pacientes com anorexia precisa de um longo período de tratamento ambulatorial, que pode levar de 12 a 18 meses.

Muitos pacientes com anorexia nervosa passaram anos da sua vida perseguindo magreza e autocontrole. A recuperação dessa desordem precipita tais pacientes a circunstâncias sociais e sentimentos

pessoais que eles podem enfrentar de forma “doentia” (Fairburn e Cooper, 1989). É importante, portanto, que o psicoterapeuta esteja preparado para dar apoio, aconselhamento e encorajamento, objetivando ajudar o paciente a lidar com as suas dificuldades, especialmente aqueles de natureza interpessoal.

## **Tratamento da bulimia nervosa**

A identificação da bulimia nervosa é bem mais recente e os principais tratamentos estão no domínio cognitivo-comportamental. Estudos e descobertas de pesquisa indicam que os tratamentos cognitivo-comportamentais beneficiam, a curto prazo, os pacientes com bulimia. No entanto, pouco se sabe sobre a manutenção da mudança depois de terapia cognitivo-comportamental (Fairburn e Cooper, 1989). As descobertas de um estudo recente de *follow-up* de cinco anos sugerem que as melhoras são mantidas.

Pode-se considerar que o tratamento da maior parte dos pacientes com bulimia pode ser manejado em uma base ambulatorial. As abordagens cognitivo-comportamentais para o tratamento de bulimia nervosa têm três propriedades em comum. Primeiro, baseiam-se em uma visão cognitiva da manutenção da bulimia. Esta visão é apresentada explicitamente aos pacientes, possibilitando o raciocínio para a maior parte dos procedimentos de tratamento. Em segundo lugar, estes tratamentos têm como objetivo não apenas modificar o comportamento destes pacientes, mas também mudar suas atitudes com relação a aspecto e peso e, se relevante, distorções cognitivas mais fundamentais. Terceiro, usa-se uma combinação de procedimentos comportamentais e cognitivos de tratamento. Geralmente, esses tratamentos são baseados ambulatorialmente e duram cerca de três a seis meses. A maioria utiliza os seguintes procedimentos: reestruturação cognitiva, usando técnicas semelhantes às aquelas desenvolvidas pela terapia cognitiva para o

tratamento da depressão (Beck et al., 1979); automonitoria de pensamentos e comportamentos relevantes; educação-estabelecimento de um padrão regular de alimentação, através do uso de medidas autocontrole; e diversas outras medidas tomadas com o objetivo de eliminar dietas. Alguns programas incluem elementos adicionais, como a prevenção de recaída, treinamento em solução de problemas e exposição com prevenção de resposta (Fairburn e Cooper, 1989). A exposição com prevenção de resposta tem como objetivo eliminar os ataques compulsivos, o vômito auto-induzido e também o medo de engordar indefinidamente. O treino de solução de problemas identifica quais são os problemas que facilitam o aparecimento dos ataques, da mesma forma que avalia alternativas e solução.

É importante também fazer com que o paciente se oriente no processo de tratamento e não no resultado final. O tratamento da bulimia nervosa é semi-estruturado (quando feito dentro desta abordagem cognitivo-comportamental), sendo orientado para o problema e preocupado, antes de tudo, com o presente e o futuro, e não com o passado. O paciente participa do processo de forma ativa, sendo ele o responsável por suas mudanças. A função do psicoterapeuta é informar, aconselhar, apoiar e encorajar. É importante também que a parte final do tratamento seja voltada para a manutenção da mudança.

## **CONCLUSÃO**

Os transtornos alimentares são desordens complexas que são causadas e mantidas por diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos. Suas conseqüências podem ser graves, sendo que em um de cada dez casos ocorre morte por desnutrição, parada cardíaca ou suicídio. O aumento da conscientização sobre os riscos dos transtornos alimentares – propiciado por especialistas e pela mídia – tem levado algumas pessoas a procurar ajuda. No entanto, muitos se recusam a

admitir que têm o problema e não procuram tratamento. Embora alguns pacientes melhorem simplesmente através da compreensão de algo mais sobre as condições sociais, psicológicas e biológicas com as quais vêm lutando, muitos acham necessário algum tipo de intervenção terapêutica (Garner et al., 1983).

É importante alertar também para o fato de existirem muitos pacientes e psicoterapeutas que ainda não estão familiarizados com estas áreas. Devido a esta falta de informação, várias pessoas com estes distúrbios possuem uma compreensão limitada a respeito dos seus padrões alimentares e de suas atitudes com relação a comida, peso e corpo.

Apesar da grande complexidade e dos riscos que as perturbações do comportamento alimentar provocam na vida de determinadas pessoas, o tratamento ainda é considerado a principal forma de intervenção, podendo até mesmo salvar uma vida. É fundamental, portanto, o apoio de familiares e amigos na tentativa de ajudar essas pessoas a reconhecer o distúrbio e encoraja-las a procurar algum tipo de tratamento.

Incentivo, cuidado e persistência, assim como a informação sobre os transtornos alimentares e seus riscos, podem ser necessários para convencer o doente a pedir ajuda e a se manter fiel ao tratamento.

Apesar da sua história recente, os procedimentos de tratamento baseados no enfoque cognitivo-comportamental têm provado ser mais eficazes e aceitáveis pelos pacientes e têm aberto novos caminhos para esses difíceis transtornos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. DSM IV. Washington D.C., 1994.
- BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.
- CHANNON, S.; WARDLE, J. Transtornos alimentares. In: SCOTT, J. et al. (Eds.). **Terapia cognitiva na prática clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- FAIRBURN, C. G.; COOPER, P. J. Disorders alimentares. In: HAWTON, K. et al. (Eds.). **Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide**. New York: Oxford University Press, 1989.
- GARNER, D. M. et. Princípios psicoeducacionais no tratamento de bulimia e anorexia nervosa. In: GARNER, D. M. et al. (Eds.). **Handbook of psychoterapy for anorexia and bulimia nervosa**. New York: Guilford Press, 1983.
- GUIDANO, V. F.; LIOTTI, G. **Cognitive processes and emotional disorders**. New York: Guilford Press, 1983.
- HAWTON, K. et al. **Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide**. New York: Oxford University Press, 1989.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. Cap. Distúrbios Alimentares. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- REINECKER, C.; RANGÉ, B. Anorexia e bulimarexia. In: **Manual de psicoterapia comportamental**. São Paulo: Manole, 1988.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA. **Programa de educação sanitária: transtornos alimentares**. 1993.